

.....  
(miejscowość, data)

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres właściciela

.....  
Weterynaryjny Numer Identyfikacyjny

.....  
Telefon

Powiatowy Lekarz Weterynarii  
w Pleszewie  
ul. Kazimierza Wielkiego 7 D  
63-300 Pleszew

### **Wniosek**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia o wpisaniu do rejestru Powiatowego Lekarza Weterynarii w Pleszewie pasieki pszczelej oraz o ilości rodzin pszczelich utrzymywanych w pasiece w celu przedłożenia do ARiMR o wsparcie pasiek pszczelich.

.....  
Podpis